UNIVERSITÉ DE PARIS FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1955 N° 1111

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-CLAUDE SVARTZ

Né le 13 Janvier 1928, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 1955

Résultats obtenus dans l'Accouchement sans douleur par la Méthode Psycho-Prophylactique Perspectives d'association à la Méthode de Perfusions Intraveineuses de Posthypophyse.

Président : M. M. LACOMME, Professeur

Imprimerie A. DEFFAY
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)

UNIVERSITE DE PARIS FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1955 N° 1111

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

JEAN CLAUDE SVARTZ

Né le 13 janvier 1928, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 1955

RESULTATS OBTENUS DANS L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR PAR LA METHODE PSYCHO-PROPHYLACTIQUE PERSPECTIVES D'ASSOCIATION A LA METHODE DE PERFUSIONS INTRAVEINEUSES DE POSTHYPOPHYSE

Président: M.M. LACOMME, Professeur

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Imprimerie A. DEFFAY
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)

1955

DOYEN HONORAIRE

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOERER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.); OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESSEUR..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R.)
Carcinologie		OBERLING (G.)
Chimie médicale		N...
Cliniques chirurgicales	(Hotel Dieu	BROCQ (P.)
	(Broussais	De GAUDART D'ALLAINES (F.)
	(Salpétrière	MONDOR
	(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERIE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique de la Tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)

Cliniques Médicales	(Hotel Dieu.....	BENARD (H.)
	(Bichat.....	LAROCHE
	(Cochin.....	MOREAU
	(Broussais.....	DE GENNES
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....		JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale propédeutique.....		PASTEUR VELLERY RADOT
Clinique médico-sociale du diabéte sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN
Cliniques obstétricales	(Tarnier.....	LANTUEJOUL
	(Baudelocque.....	LEVY-SOLAL
	(Port-Royal.....	LACOMME
Clinique ophtalmologique.....		VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (à titre personnel).....		RICHET
Clinique psychiatrique infantile.....		HEUYER
Clinique rhumatologique et sociale.....		COSTE
Clinique stomatologique.....		DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale.....		LEMAIRE
Clinique urologique.....		FEY
Embryologie.....		GIROUD
Génétique.....		LAMY
Histoire de la Médecine et de la chirurgie.....		MOUQUIN
Histologie.....		CHAMPY
Hygiéne et clinique de la première enfance.....		CATHALA
Hygiéne et médecine préventine.....		JOANNON
Médecine du travail.....		DESOILLE
Médecine légale.....		PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale...		GALLIARD
Pathologie chirurgicale.....		MENEGAUX
Pathologie exotique.....		LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée.....		LENEGRE
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (à titre personnel).....		MERKLEN
Pathologie médicale.....		BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales.....		GARCIN
Pédiatrie sociale.....		MARIE
Pharmacologie et matière médicale.....		HAZARD
Physico-chimie médicale (à titre personnel)...		DOGNON
Physiologie médicale.....		BINET
Physique médicale.....		STROHL
Radiologie médicale.....		DESGREZ
Technique chirurgicale.....		MOULONGUET
Thérapeutique.....		TURPIN

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DEBEYRE
	DEIMAS
	Pr.E. Ch.
Anatomie pathologique	N....
	GAUTHIER-VILLARS
	BUSSER
	GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE
	NEVOT
Biologie Médicale	BOURLIERE
	ETTORI
	P.S.C.
Chimie Médicale	JAYLE
	p.s.c.
	SCHAPIRA
Dermato-SyPhiligraphie	DUPERRAT
Histologie	BULLIARD
	p.s.ch.
	COUJARD
	N...
Hydrologie	DEBRAY
	BOYER
Hygiéne	DE PARIS
Médecine légale et du travail	DEROBERT
	GAULTIER
	HADENGUE
Neurochirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (J.de)
	GRASSET
Obstétrique	LEPAGE
	MAYER
	MERGER
	MORIN
	RAVINA
	VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET
	DESVIGNES
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN
	p.s.ch.
	AUBRY
	MADURO

Pathologie chirurgicale	HUGUIER
	LAURENCE
	LEGER
	LORTAT-JACOB
	OLIVIER
	PADOVANI
	POILLEUX
	ROUX
	RUDLER
	VERNE
Pathologie expérimentale	N.....
Pathologie Médicale	BERNARD (J.)
	BOUDIN
	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DECOURT (J.)
	DOMART
	DREYFUS GILBERT
	FAUVERT
	HAMBURGER
	KOURILSKY
	LAMOTTE (M.)
	LAROCHE (G.)
	MILLIEZ
	PEQUIGNOT
	PERRAULT
	RAMBERT
	THIEFFRY
	TURIAF (J.)
	JOSEPH (R.)
Pédiatrie	LAPLANE
	N....
Pharmacologie	LEVY (MlleJ.)p.s.ch.
	CHEYMOL (J.H.)p.s.ch.
Physiologie	BARGETON p.s.ch.
	PARROT (J.L.)
Physique Médicale	DJOURNO p.s.ch.
	GOUGEROT
Pneumo-phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK
Psychiatrie Infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CERNEA
	CHAPUT (Mme A.)

Parasitologie....	(BRUMPT	Thérapeutique.....	PERRAULT chargé de l'enseignement
	(CHABAUD		
	(ABOULKER	Urologie.....	KUSS
Pathologie chirurgicale	(BAUMANN		
	(GOSSET		

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.)	Obstétrique	G. TELLIER (J.)	Clinique chirurgicale
LE LORIER (V.)	Obstétrique	VANDESCAL (R.)	Obstétrique

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.			
Clinique chirurgicale	(AMELINE(A.	Clinique Médicale	(HAGUENAU (M.) p.s.ch.
	(PATEL		(MARCHAL
	(SICARD (A.		(SOULIE
Clinique Médicale....	(BROUET	Clinique Obstétricale	ECALLE (G.)
	(CACHERA	Clinique ophtalmologique...	RENARD (G.)
		Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

	MM.
Secrétaire général de la Faculté.....	MOREL (J.)
Secrétaire.....	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction.....	Docteur HAHN (A.)
Conservateur.....	Mlle GOICHON
Bibliothécaires.....	Mlles DUMAITRE (P.)
	LE NOIR
	METIN (F.)
	QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-:-:-:-:-:-:-

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

PROFESSEUR A LA CLINIQUE OBSTETRICALE BAUDELOCQUE

POUR LE GRAND HONNEUR QU'IL A BIEN
VOULU NOUS FAIRE EN ACCEPTANT DE
PRESIDER CETTE THESE.

A Monsieur le Professeur J. RAVINA

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Assistant de la Maternité Lariboisière

A Monsieur le Docteur PERETTI DELLA ROCCA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de la Maternité de
l'Hôpital de Saint-Denis.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux.

A la mémoire de mon Père,

A ma femme,

Meis et amicis

INTRODUCTION

-:-:-:-

L'obstétricie moderne se passionne depuis ces vingts dernières années pour le problème de l'analgésie obstétricale, problème des plus discuté à l'heure actuelle.

Depuis l'anesthésie au chloroforme donnée au moment de la contraction utérine, jusqu'à ce jour, les méthodes se sont multipliées et perfectionnées sans cesse, aucune ne donnant pleinement satisfaction en dehors de ses promoteurs.

Depuis son début d'application, l'analgésie obstétricale fut obtenue grâce à l'utilisation de produits pharmacodynamiques. Les méthodes - on peut en recenser plus d'un millier à ce jour et la liste est loin d'être close - peuvent se grouper sous différentes rubriques.

ANALGESIE PAR INHALATION

Elle vise à obtenir, au moment des contractions, une narcose légère suffisante à supprimer toute perception douloureuse, tout en respectant les possibilités de réaction de la parturiente.

C'est ainsi que furent utilisés :

- des anesthésiques volatils : chloroforme, chlorure d'éthyle, l'association chloroforme chlorure d'éthyle, trichloethyléne, ether sul-

furique, divinyl ether, bromure d'éthyle, chlorure de méthylène.

- des anesthésiques gazeux :

protoxyde d'azote, cyclopropane, éthylène, acétylène.

ANALGESIE MEDICAMENTEUSE

Il nous faut citer en tête :

- le Groupe des Opiacés : morphine,
  héroïne
  phénylpropionate de morphine
  pantopan ou extrait total des alcaloïdes de l'Opium
  dihydroxycodéïnone en association avec la spartéïne (ocyto nargénol)
  Dolosal
  papavérine

- le Groupe des Belladonés :
  Scopolamine
  Chanvre Indien

- l'association des opiacés et des belladonés : en particulier la

  Spasmalgine

- le Groupe des Barbiturates :

Ces produits sont extrêmement nombreux et ont donné lieu à une foule de travaux. Il ne saurait être question de les citer tous, la liste en serait fastidieuse.

Nous nommerons seulement :

Gardénal
Nembutal
Sonéryl
Dial
Veronal
Somnifène
Amytal

-les Lytiques : et nous ne citerons que la Novocaïne par voie intra-veineuse.

- Enfin les curarisants :

soit curares d'extraction

soit les curarisants de synthèse

soit les curaroïdes

Ces produits utilisés d'abord isolèment furent dernièrement utilisés en association réalisant ainsi des analgésies potentialisées, permettant d'accroître l'efficacité sans augmentation de la toxicité.

C'est ainsi que nous pouvons citer :

La Méthode de Monsieur MERGER :

Nembutal - Dolosal - Trilène

La Méthode de Messieurs LACOME, LABORIT, LE LORIER et POMMIER

utilisant la perfusion intra-veineuse de Dolosal et de Largactil.

Un autre aspect du problème est réalisé par la réduction de la durée du travail et partant de la durée des phénomènes douloureux, atténuation qui peut être encore accentuée par l'association de produits pharmacodynamiques analgésiques.

Parmi ces méthodes, nous signalerons :

La Méthode de Monsieur GRASSET :

Association de Phénergan, Spasmavérine, bromure de tétra-ethylamonium Diparcol, réalisant ce que l'auteur appelle

" l'accouchement physiologiquement accéléré ".

Les Méthodes utilisant les perfusions Intra-veineuses de Post-Hypophyse et de Spasmalgine, comme c'est le cas dans le service de notre Maître, Monsieur PERETTI DELLA ROCCA,

ou de post-hypophyse et de Spasmavérine, etc.....

ANALGESIE DE CONDUCTION

Le but de ces analgésies est de couper les voies centripétes de la sensibilité douloureuse de l'utérus par action de contact d'un anesthésique local. Selon le siége et l'étendue de l'injection anesthésique, on réalise des analgésies :

- locales
- régionales : blocage des nerfs du périnée
  infiltration du paramètre
  infiltration sus-pubienne
  infiltration pré-sacrée
  infiltration lombaire
- extradurales : analgésie épidurale ou caudale
  analgésie péridurale haute
- rachidienne : ou " saddle block "

Depuis très longtemps, les accoucheurs ont attiré l'attention sur l'importance du psychisme dans la bonne marche de l'accouchement. Mais l'intervention exclusive du cortex à l'origine de la douleur de l'accou-

chement a été proposée d'une part :

- par GRANTLY DICK READ dont la méthode est souvent désignée sous le vocable d'un de ses ouvrages, à savoir :

" Childbirth without fear " ou Accouchement sans craintes

- par les auteurs soviétiques avec en tête NICOLAIEV.

Cette méthode a été introduite en France, à la Polyclinique des Métallurgistes par Messieurs IAMAZE et VELLAY, sous le titre (Gazette Médicale) :

" Accouchement sans douleur par la méthode psychophysique "

et pratiquée dés 1953 à la Maternité de l'Hopital Lariboisière, sous le terme propre d' " accouchement psychoprophylactique " par Messieurs RAVINA, DEVRAIGNE, TSOULADZE et COENCA (Semaine des Hopitaux, Mai 1954).

C'est actuellement ce terme de Psychoprophylaxie de la douleur qui fait autorité.

Nous étudierons uniquement la méthode d'accouchement par psychoprophylaxie (sans entrer dans les discussions stériles concernant l'antériorité d'application et les éléments communs ou différentiels entre les méthodes de READ et celles des accoucheurs soviétiques).

Nous nous efforcerons de montrer :

- les bases de la méthode
- les éléments de la préparation
- les résultats
- les possibilités d'association à la méthode des produits

pharmacodynamiques (en particulier perfusion intra-veineuse de Post-Hypophyse).

-:-:-:-:-:-:-:-:-

BASES DE L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR

PAR LA METHODE PSYCHOPROPHYLACTIQUE

-:-:-:-:-:-:-

La méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie repose intégralement sur les travaux de PAVLOV, que les auteurs soviétiques ont extrapolés à l'obstétrique.

Dans le conditionnement de l'accouchement sans douleur, les médecins russes insistent en premier sur l'importance de la parole, excitant si puissant qu'elle peut créer chez l'homme des réflexes inconditionnés et former, associée à d'autres excitants, de nouveaux réflexes conditionnés.

Le deuxième point essentiel de la psychoprophylaxie de la douleur est le rôle exclusif du cortex. La tâche à effectuer consiste en une activation du cortex, c'est-à-dire à la fois excitation des processus d'activation active et d'inhibition active.

Enfin la troisiéme notion capitale est celle de l'application à l'obstétrique des réflexes conditionnés. On sait que les réflexes sont, les uns innés ou encore absolus, les autres acquis ou conditionnés. PAVLOV, par ses très nombreuses expériences, a montré qu'un stimulus indifférent peut être ressenti comme douloureux par le cortex grâce au mécanisme " des liaisons conditionnées ".

Chacun connaît l'expérience du chien à qui on pince la patte en même

temps qu'on lui fait entendre un son ; le chien retire sa patte rapidement sous l'effet de la douleur ressentie. Mais si au bout d'un certain nombre d'expériences, on fait seulement entendre le son habituel sans pincer la patte du chien, celui-ci la retire tout aussi violemment que précédemment.

Il s'est produit une liaison entre deux réflexes et le stimulus indifférent (audition du son) entraîne la même réaction que le stimulus spécifique (pincement) auquel on l'a associé.

Au cours de l'accouchement, les excitations venant de l'utérus au lieu d'être interprêtées comme les témoins d'une contraction, déclencheront par le jeu des réflexes conditionnés, une sensation douloureuse à cause de l'action antérieure nocive de la parole - la parturiente étant conditionnée à la douleur.

La méthode psychoprophylactique vise :

- à supprimer ou à transformer les réflexes conditionnels pré-existants nocifs capables de nuire à la marche de l'accouchement,
- à créer des réflexes conditionnels positifs dont la mise en jeu facilitera l'accouchement.

Parmi les réflexes conditionnels pré-existants nocifs qu'il faut supprimer, on doit citer en premier lieu la peur de l'accouchement : peur qui est engendrée par les récits de l'entourage en particulier de la mère ou de la belle-mère de la future accouchée, par les lectures ou les souvenirs désagréables d'un accouchement antérieur.

PREPARATION DE LA PARTURIENTE

-:-:-:-:-:-:-:-

L'enseignement donné aux gestantes s'échelonne du 7ème mois à la fin de la grossesse, comprenant 9 cours, à savoir :

I°) Anatomie et physiologie des organes génitaux
(mécanisme des régles et de la fécondation)

2°) Réflexes conditionnés - Théorie Pavlovienne

3°) Respiration - son mécanisme - son utilité

4°) Education musculaire

5°) Développement du foetus

6°) Période de dilatation - conduite à tenir

7°) Période d'expulsion - conduite à tenir

8°) Revision

9°) Cours de psychiatrie

En plus de ces cours, les gestantes assistent à la projection du film réalisé à la polyclinique des Bluets, montrant un accouchement sans douleur.

Enfin, les gestantes qui ont suivi tous les cours et n'ont pas encore accouché, assistent à des cours supplémentaires de révision.

Les cours ont une durée moyenne de 45 minutes à une heure. Chaque séance s'achève par le contrôle des progrès réalisés par une ou plusieurs femme, quant à - leur relachement neuro-musculaire
- l'exécution correcte de leur respiration.

Les cours sont donnés à des groupes de futures parturientes dont le nombre est variable mais n'a cessé d'augmenter, passant de 6 à IO et même davantage, vu le nombre des inscriptions qui ont régulièrement progressées.

La Première séance a une importance capitale. En effet, elle constitue la prise de contact entre la parturiente et le conférencier. Tout doit être mis en oeuvre pour donner confiance à la femme. De cette confiance qui doit s'établir - répétons le - dès les premiers instants, dépend pour une large part, le résultat favorable de la préparation.
Après avoir dressé un tableau succinct de la méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie, le reste de la leçon est consacré à une étude élémentaire de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux, le mécanisme des régles et de la fécondation.

La Deuxième leçon est consacrée à l'étude de la théorie Pavlovienne des réflexes conditionnés. Cette leçon doit être faite avec habileté ; cherchant à rendre compréhensible des notions souvent arides ou totalement ignorées de la gestante. Nous avons toujours eu recours à des exemples nombreux et frappants qui permettent de dégager les lois essentielles.
Ce cours met en évidence :

- le rôle des préjugés et de l'ignorance dans le déterminisme de l'appréhension, de l'angoisse ou de la peur de l'accouchement, facteurs d'aggravation du déséquilibre du cortex cérébral.

- le caractère conditionnel de la douleur, avec nécessité de réorganiser l'activité corticale de la future parturiente, en supprimant les réflexes conditionnés douloureux, en créant au contraire des réflexes conditionnés utiles, d'où l'importance d'un entraînement quotidien destiné à maintenir à un équilibre convenable, mais aussi élevé que possible, le système nerveux central.

La Troisième séance est consacrée à la respiration. Le conférencier expose l'anatomie, la physiologie de la respiration et surtout les rapports existants entre la respiration d'une part, et la grossesse et l'accouchement d'autre part. Ce cours et les exercices qui lui auront été enseignés permettront à la femme :

- d'assurer une meilleure ventilation pulmonaire
- de tonifier les groupes musculaires en rapport avec le fonctionnement respiratoire : d'une part le diaphragme,
  d'autre part les muscles abdominaux
- de réaliser la situation objective de ces muscles et d'en diriger l'action.

La Quatrième séance est celle de l'éducation neuro-musculaire en vue d'aboutir à la décontraction volontaire, c'est-à-dire le rôle primordial encore du cortex cérébral. Techniquement les futures parturientes doivent dans un premier temps prendre conscience de leurs muscles, c'est-à-dire sensibiliser ces muscles en exécutant un mouvement, puis

dans un deuxiéme temps procéder à un mouvement contraire, à l'inhibition de la motricité, au relâchement complet.

L'excellence des résultats ne peut être atteint que par un entraînement quotidien et progressif débutant par des mouvements simples puis par des mouvement de plus en plus compliqués et dissociés (contraction d'un segment d'un membre avec relâchement d'un même segment du membre opposé, etc...).

On insiste en particulier sur le relâchement des muscles dont la projection corticale est considérable, en particulier, les muscles des mains et de la face.

La Cinquiéme séance porte sur le développement du foetus, sur les modifications utérines au cours de la gestation, sur l'étude des éléments de protection du foetus, des membranes, sur l'anatomie et la physiologie du placenta.

La Sixiéme séance est avec la septiéme séance l'une des plus importantes. Elle porte sur la période de dilatation et la conduite à tenir. Elle précise le mécanisme de cette dilatation et le rôle capital de la contraction utérine :

- caractères des contractions utérines du travail,
- action des contractions utérines sur le col (effacement et dilatation),
- perte du bouchon muqueux,
- formation et rupture de la poche des eaux.

On enseigne surtout la conduite active que doit avoir la parturiente :

- durant la contraction utérine,
- durant le relâchement,
- et la respiration superficielle et rapide dont le rythme doit être parallèle à celui de la contraction utérine.

La Septiéme séance a pour sujet la phase d'expulsion qui se traduit, même en dehors de la méthode, par un allégement de la sensation douloureuse, si la femme exécute volontairement et avec application ses efforts expulsifs. La parturiente devra faire jouer au maximum et rationnellement son diaphragme et ses muscles abdominaux qu'elle aura étudiés tout au cours de sa préparation, tout en inhibant les muscles du plancher pelvien (inspiration profonde - blocage - effort expulsif. La parturiente amène le menton sur la poitrine, en arrondissant les épaules et en tirant sur les barres d'étrier du lit d'accouchement, les bras restant écartés du corps).

A la phase de dégagement :

- l'accoucheur indique à la mère chaque temps du dégagement,
- au point de vue respiratoire, la femme fait une respiration haletante pour supprimer le point d'appui costal des muscles abdominaux.

La Huitiéme séance est consacré à la révision théorique et pratique de tout l'enseignement, dans le but de renforcer toutes les notions acquises et d'en assurer leur parfaite fixation.

La dernière séance, c'est-à-dire, la neuviéme est un cours de psychiatrie, consistant en un exposé schématique des mécanismes du cerveau, de la nécessité de " rendre le cerveau actif et fort au moment de l'accouchement " permettant le freinage tout aussi fort et étendu des sensations internes provenant de l'utérus et leur faisant perdre leur caractère douloureux - but que vise et doit atteindre la préparation - .

LES CRITERES

-:-:-:-

Pour pouvoir juger les résultats obtenus par la méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie, on se heurte à un problème difficile à savoir, la détermination des critères de suppression de la douleur.

Or, il n'existe pas ou pratiquement pas, à notre point de vue, de critère objectif.

Nous nous sommes fondés pour apprécier la suppression de la douleur essentiellement sur le comportement général de la parturiente. Lorsqu'une femme souffre, elle présente des manifestations sensiblement constantes :

- excitation motrice ou psychique
- instabilité
- augmentation diffuse et paroxystique du tonus musculaire au moment des contractions avec au contraire, hypotonie et tendance à la somnolence en dehors des contractions.
- à un degré encore plus net :
    - gémissements
    - plaintes
    - cris
    - mimique caractéristique

Aussi, au cours des observations, tout en minutant et notant la durée

des contractions utérines et leur intervalle, nous avons consigné toutes les manifestations qui traduisaient une diffusion dans le cerveau de l'excitabilité douloureuse. Manifestations qui sont résumées dans ce tableau.

	Effacement	IFr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
lme						
contraction						
scipline						
lence						
vardage enjoué						
itation						
ispation						
discipline						
aintes						
is						
nsations						

Le deuxiéme élément d'appréciation qui, selon M. LAMAZE et ses collaborateurs, a une aussi grande importance, est le témoignage de la femme. En effet, après chaque accouchement, nous avons demandé à la femme de rédiger un compte-rendu de son accouchement, et de signaler toutes les sensations qu'elle avait ressenties.

La valeur de ce témoignage nous semble très alléatoire. Il

n'apporte dans l'immense majorité des cas, aucun renseignement de valeur. Malgré nos efforts, le compte-rendu que fait l'accouchée, n'est que le résumé succinct des différents temps de son travail : à savoir, les progrès horaires de la dilatation (renseignements qui lui ont été communiqués par la sage-femme ou le médecin).

Trés rarement, la femme analyse ses contractions utérines, leur intensité, leur diffusion, l'existence ou non de contractions utérines sensibles ou douloureuses. Il faut d'ailleurs dire que la parturiente éprouve de grosses difficultés à faire cette analyse.

Fréquemment, lors de l'accouchement, nous avons pu constater des manifestations qui traduisaient la diffusion jusqu'au cerveau de contractions utérines douloureuses, grande a été notre surprise de remarquer dans le compte-rendu de la parturiente, la non-mention de phénomènes douloureux et sa satisfaction pleine et entière en la méthode, malgré l'agitation, la crispation, voir les plaintes des heures précédentes. Incontestablement, l'accouchement terminé, la femme éprouve une certaine amnésie.

D'autre part, aussi bien que durant de nombreuses années pour ne pas dire des générations, il y a eu un certain snobisme des accouchements douloureux, pénibles ; de même actuellement existe-t-il une certaine mode pour les accouchements parfaitement indolores.

Enfin, il y a également la possibilité du faux témoignage et nous avons pu constater que des femmes déclaraient avoir accouché totalement sans douleur alors qu'ensuite elles se plaignaient auprès d'autres

parturientes d'avoir eu mal, encore qu'il soit permis de se demander à quel moment la femme a fait un faux témoignage.

Un autre aspect du problème est celui des douleurs lombaires. Un certain nombre de femmes (en dehors de présentation du sommet - variété de position postérieure) accusent des douleurs soit disant lombaires, rythmées, disparaissant avec les contractions utérines, la parturiente se tenant ostensiblement la paroi abdominale antérieure. Sachant l'absence d'action de la méthode sur les douleurs lombaires, la future accouchée au lieu de reconnaître les contractions utérines douloureuses, ce qui entraînerait l'échec de la préparation, préfère signaler des douleurs lombaires.

Enfin, dans le cas d'accouchement d'une secondipare, préparée pour la première fois, il est aisé d'avoir un compte-rendu qui fait état d'une amélioration par rapport au premier accouchement, amélioration mise sur le compte de la méthode, par la parturiente.

Ces critiques ne s'adressent essentiellement qu'à la valeur du compte-rendu post partum. Nous n'avons tenu compte du témoignage de la parturiente que dans le cas où après un accouchement remarquable par son aisance, ce qui nous aurait permis de conclure au succès, la femme nous a déclaré avoir ressenti des contractions utérines douloureuses.

Dans notre étude, nous avons considéré comme <u>accouchement sans douleur</u> les accouchements où la parturiente n'a présenté, à aucun moment de la

dilatation ou de l'expulsion, de manifestation générale traduisent la moindre perception douloureuse. La femme durant tout son accouchement est restée parfaitement calme, décontractée, disciplinée, contrôlant parfaitement son travail. De plus, le compte-rendu devait venir confirmer notre jugement.

Nous avons jugé comme accouchement avec réduction considérable des phénomènes douloureux, les cas où la parturiente n'a présenté aucune manifestation douloureuse, mais a pu montrer durant une courte période une légère agitation ou crispation, de courte durée, répétons-le. En dehors de cette courte phase, la femme est restée calme et décontractée. Dans ces cas également, le compte-rendu de la parturiente devait être entièrement favorable.

Dans le cadre des accouchements avec réduction très partielle, nous avons classé les parturientes qui, tout en étant calmes et décontractées durant la majeure partie de leur travail, ont présenté durant une certaine période de l'agitation, de la crispation, voir des gémissements ou ont déclaré durant ou après l'accouchement l'existence de contractions utérines douloureuses mais supportables et atténuées par le relachement et la respiration.

Enfin, lorsque les manifestations générales traduisaient nettement la diffusion douloureuse jusqu'au cortex, nous avons classé ces accouchements parmi les échecs.

OBSERVATIONS ET RESULTATS

-:-:-:-:-:-

Notre étude sur l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique porte sur 75 accouchements. Dans l'immense majorité des cas (approximativement 90%) nous avons fait ou tout au moins assisté à l'accouchement. Nous étions auprès de la parturiente dés que la dilatation atteignait 5 Francs, parfois même dés 2 Francs.

Nous avons pris en observation uniquement des femmes qui avaient été complétement préparées, c'est-à-dire, des femmes qui avaient suivi tous les cours.

Nous tenons à préciser qu'en dehors des femmes incomplétement préparées que nous avons éliminées, nous avons suivi toutes les autres, sans faire aucun choix.

La première observation date du I8 Janvier I955, la dernière du 4 Mai I955.

Pour les mois de JANVIER	nous avons eu			8	observations
FEVRIER	"	"	"	I4	"
MARS	"	"	"	25	"
AVRIL	"	"	"	25	"
MAI jusqu'au 4	"	"		3	"

L'augmentation du nombre des observations tient à l'accroissement de plus en plus important des femmes enceintes qui suivent les cours.

Les premiers cours ont débuté au mois de Décembre I954, mais du fait de la confusion qui a accompagné le démarrage de la méthode, de nombreuses femmes accouchérent sans avoir totalement été préparées.

De même, il faut signaler qu'un nombre non restreint de femmes, cessent de venir aux cours préparatoires pour de multiples raisons.

Sur ces 75 observations, nous avons eu :

- 40 primipares
- I9 secondipares
- 9 troisiéme pares)
- 5 quatriéme pares)
- I cinquiéme pare) soit I6 multipares
- I huitiéme pare)

Sur ces 40 primipares :

- II avaient moins de 20 ans ou 20 ans
- I8 " " " 25 " " 25 "
- 6 " " " 30 "
- 5 " 30 ans ou plus de 30 ans

soit : 29 de moins de 25 ans
II de plus de 25 ans
ou encore 35 de moins de 30 ans
5 de plus de 30 ans

Pour les secondipares au nombre de I9

- 9 avaient moins de 25 ans
- I0 " plus de 25 ans

A point de vue : <u>variété de position d'engagement</u>, nous avons pour les 40 primipares :

- variété antérieure : 22 O.I.G.A.
  I O.I.D.A.
- variété postérieure : I3 O.I.D.P.
  3 O.I.G.P.
- variété transverse : I gauche

Dans tous les cas de présentation céphalique, le dégagement s'est fait en. O.P.

<u>Sur ces 75 accouchements</u>, il y a eu :

- 3 siéges : le Ier chez une secondipare
  le 2ème chez une troisiéme pare
  le 3ème chez une primipare gémellaire pour le 2ème foetus.
- 2 gémellaires : Chez des primipares
- 4 forceps chez 4 primipares : pour arrêt de la progression et défaut de rotation ou souffrance foetale.

Au point de vue déchirure du périnée : I3

- 7 déchirures très minimes n'ayant nécessité qu'un crin ou une agraffe,
- 6 déchirures plus importantes dont 4 lors de l'application de forceps avec réfection du périnée en 2 plans : catgut, crins.
- aucune déchirure compliquée.

VOICI LES RESULTATS QUE NOUS AVONS OBTENUS POUR LES 75 ACCOUCHEMENTS

- Réduction compléte : I0 accouchements, soit I3,33%
- Réduction considérable : 3I " , soit 4I,33%
- Réduction partielle (en réalité surtout amélioration du comportement). : I8 " , soit 24 %
- Echec : I6 " , soit 2I,33 %

soit en groupant ce que nous pouvons appeler les bons résultats :

4I accouchements, ou 54,66 %

Si nous considérons les résultats purement au point de vue amélioration du comportement de la parturiente, nous obtenons le chiffre de 78,66 %.

Selon la parité, nous avons eu les résultats suivants :

Primipares : 40	Réduction compléte	:	3
	Réduction considérable	:	I5
	Réduction partielle	:	I2
	Echec	:	I0
Secondipares : I9	Réduction compléte	:	4
	Réduction considérable	:	9
	Réduction partielle	:	5
	Echec	:	I
Multipares : I6	Réduction compléte	:	3
	Réduction considérable	:	7
	Réduction partielle	:	I
	Echec	:	5

Soit ce tableau

	PRIMIPARES	SECONDIPARES	MULTIPARES
Réduction compléte	3	4	3
Réduction considérable	I5	9	7
Réduction partielle	I2	5	I
Echec	I0	I	5

I - DUREE DU TRAVAIL :

Pour les 40 primipares, la durée moyenne du travail a été de II heures 25 minutes. Il n'y a donc pas, du fait de la méthode, de différence sensible avec la durée moyenne du travail chez les parturientes non préparées.

II - DUREE DE L'EXPULSION :

Pour les primipares	: moins de I5 minutes	: 9
	de I5 à 30 minutes	: II
	de 30 à 45 minutes	: I0
	de 45 à 60 minutes	: 4
	plus de 60 minutes	: 6
Pour les secondipares	: moins de I5 minutes	: I3
	de I5 à 30 minutes	: 5
	de 30 à 45 minutes	: I
	de 45 à 60 minutes	: 0
	plus de 60 minutes	: 0

Pour les Multipares : moins de I5 minutes : I2

de I5 à 30 minutes : 3

de 30 à 45 minutes : 0

de 45 à 60 minutes : I

plus de 60 minutes : 0

Ces chiffres sont résumés par le tableau ci-après

	PRIMIPARES	SECONDIPARES	MULTIPARES
Moins de I5 minutes	9	I3	I2
De I5 à 30 minutes	II	5	3
De 30 à 45 minutes	I0	I	0
De 45 à 60 minutes	4	0	I
Plus de 60 minutes	6	0	0

On observe donc une réduction de la durée de la période d'expulsion surtout chez les primipares.

Il n'est pas question de citer toutes nos observations, car chacune ne comprend pas moins de 3 à 4 pages, avec :

- I ou 2 pages consacrées à l'observation
- I page tableau comprenant les différents éléments " critères " permettant de juger le résultat de l'accouchement
- I page consacrée au commentaire de la parturiente.

Nous ne donnerons que quelques observations

OBSERVATION N° 3

Madame : G.....

Age : 29 ans

Parité : IV

Variété de position : O.I.G.A.

Date : 23 Janvier 1955 à 5 h 40

Résultat (Réduction complète
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
Temps			58'	9 '	IO '	O.P.
Etat du col		souple				
Contractions utérines		rapprochées	rapprochées	rapprochées		
Produits Pharmacodynamiques						
Calme		+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	
Décontraction		+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	
Discipline		+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	
Silence		+ + +	+ + +	+ + +		
Bavardage enjoué						
Agitation						
Crispation						
Indiscipline						
Plaintes						
Cris						
Sensations						

OBSERVATION N° 3

Madame G.... 29 ans IV° pare

Entrée dans le service le 22 Janvier 1955 à 23 heures

H.U. : 31 cm
Dos à gauche
B.D.C. + à gauche

T.V. Tête en bas mobile
col en voie d'effacement perméable à 2 doigts.

C.U. toutes les 15 minutes de courte durée

4 H 15 Dilatation petit 5 Frs
C.U. toutes les 2 minutes - 2 minutes 30
Passage en salle de travail

4 H 25	C.U.	40 "	) Respiration + + +
4 H 27	"	45 "	) Relâchement + + +
4 H 32	"	75 "	Calme + + +
4 H 36	"	40 "	
4 H 39	"	45 "	
4 H 42	"	45 "	
4 H 44	"	65 "	
4 H 48	"	45 "	
4 H 52	"	50 "	
4 H 56	"	55 "	
4 H 58	"	45 "	Respiration + + +
5 H	"	60 "	Relâchement + + +
5 H 03	"	50 "	Calme + + +
5 H 06	"	35 "	
5 H 08	"	50 "	
5 H 11	"	50 "	Rupture de la poche des eaux :
5 H 14	"	60 "	liquide clair. Dilatation P.P.
5 H 16	"	45 "	Col souple. Respiration et relâchement + + +
5 H 19	"	40 "	tête engagée en O.I.G.A.
5 H 21	"	40 "	
5 H 23	"	70 "	Dilatation G.P.
5 H 26	"	60 "	
5 H 29	"	60 "	Dilatation compléte, début des
5 H 32	"	50 "	efforts expulsifs
5 H 40	Accouchement normal I fille vivante pesant 3.010 Grs		
5 H 55	Délivrance normale compléte de 510 grs.		

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Ayant déjà eu trois enfants dans la douleur, j'ai tenu à suivre les cours de la nouvelle méthode sur l'accouchement sans douleur pour la venue de mon 4ème bébé que je viens d'avoir ce matin, 23 Janvier, dans des conditions excellentes.

Tout d'abord, les contractions devenant rythmées, je suis partie en ambulance à la Maternité le 22 Janvier à 22 H 30. Là, j'ai pratiqué aussitôt la respiration haletante. Les contractions étant plus fortes et plus fréquentes, je suis allée à 2 heures du matin dans la salle de travail où le Docteur ne m'a pas quittée, contrôlant fidèlement la durée et les espaces des contractions. Tout a très bien été jusqu'au bout du travail, même à l'expulsion du bébé, dont j'ai senti nettement le passage sans aucune sensation désagréable de déchirement comme je l'ai déjà éprouvé pour mes autres enfants.

Madame G.....

OBSERVATION N° 6

Madame L.....

Date : 26 Janvier I955 à I9 H50

Age : I8 ans

Parité : I

Variété de position : O.I.D.P.

Résultat (Réduction compléte
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
emps		4 H	2 H 34	43 '	I8 '	O.P.
tat du col						
ontractions utérines		irrégulières douleurs lombaires	contractions plus régulières			
roduits harmacodyamiques		Spalmalgine pour doul. lombaires		P.P.H.	P.P.H. Flaxédyl I.M.	
alme		+ + +	+ +	+	+ + +	
écontraction		+ +	+ + +	+	+ +	
iscipline			+ + +	+	+ + +	
ilence			+ +			
avardage enjoué			+			
gitation			+	+		
rispation			+	+ +		
ndiscipline			-			
laintes		douleurs lombaires	douleurs lombaires			
ris						
ensations						

OBSERVATION N° 6

Madame L..... I8 ans Primipare

Entrée dans le service le 26 Janvier I955 à I0 heures

Grossesse de 8 mois I/2 (?)
H.U. 34 cm
Tête en bas
Dos à droite
B.D.C. ÷ à droite

T.V. Tête en bas amorcée
col incomplétement effacé, souple, dilaté entre I et 2 Frs

I4 H I5	Dilatation 2 Frs		
I6 H I5	Dilatation 5 Frs		
	C.U. irrégulières		
	Tête fixée en O.I.D.P.		
	Femme calme se plaignant de douleurs lombaires : I Spasmalgine		
I7 H 28	C.U.	45 "	
I7 H 30	"	40 "	
I7 H 3I' 30 "	"	30 "	
I7 H 33	"	50 "	
35	"	25 "	
36' 30 "	"	40 "	
39	"	65 "	
4I	"	60 "	Dilatation P.P., Poche des eaux bombante
44	"	50 "	
46	"	35 "	Respiration et relâchement ÷ ÷ ÷
47	"	30 "	
49	"	45 "	
5I	"	45 "	Rupture de la P.D.E. liquide clair
53	"	40 "	Douleurs lombaires
57	"	45 "	
I8 H	"	50 "	
02' 30 "	"	60 "	Vomissements
06	"	55 "	Discussion enjoué - calme, décontractée
08	"	45 "	
II	"	50 "	
I3	"	45 "	
I5	"	70 "	
I7	"	35 "	
20	"	30 "	
22	"	45 ")	Crispation - agitation douleurs lombaires
25	"	35 ")	

I8 H	27	C.U.	30 "	
	29	"	45 "	
	32	"	30 "	
	34	"	65 "	
	36	"	50 "	
	39	"	55 "	
	4I	"	45 "	
	43	"	50 "	
	44 ' 30 "	"	35 "	
	46 ' 30 "	"	60 "	
	49	"	45 "	Dilatation G.P. Tête engagée en O.I.D.P.
	52	"	50 "	
	56	"	40 "	
	57 ' 30 "	"	45 "	
	59	"	35 "	
I9 H		"	20 "	
	0I	"	35 "	
	03	"	40 "	Crispation et agitation peu intenses
	05	"	50 "	
	07	"	50 "	
	I0	"	45 "	
	I2	"	40 "	
	I4	"	40 "	
	I5 ' 30 "	"	35 "	
	I7	"	60 "	
	I9	"	40 "	
	22	"	45 "	
	24 ' 30 "	"	30 "	Installation d'une perfusion intra-veineuse de Post-Hypophyse (C.U. s'espacant)
	27	"	35 "	
	28 ' 30 "	"	40 "	
	30	"	45 "	
	32	"	50 "	Dilatation complète - début des efforts expulsifs - Flaxédyl I.M.

I9 H 50 Accouchement normal d'une fille vivante pesant 3.580 Grs (O.I.D.P. - O.P.)

20 H Délivrance normale complète 580 grs
périnée intact

20 H I5 arrêt de la perfusion

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Sur la demande de l'Hopital de Saint Denis, je vais dire ce que je pense de l'accouchement sans douleur.

Pour moi qui n'ai jamais eu d'enfant, je ne pourrai pas faire de comparaison, mais il y a une chose que je peux écrire, c'est qu'après avoir entendu tout ce que j'ai entendu sur un accouchement ordinaire, je trouve que l'accouchement sans douleur est vraiment une chose sensationnelle.

Lorsque je suis rentrée à l'Hopital, rien que l'accueil qui m'a été fait m'a encouragée. La sage-femme et le docteur avaient l'air tellement gentils et doux qu'au moment où je suis entrée dans la salle de travail, c'est avec courage que j'y suis allée.

Il n'y a pas que les docteurs et les assistants qui m'ont donné toute cette force ; il y a aussi la salle d'accouchement. Tout y est si clair, si net. Ce qui m'a touchée le plus, ce sont des photos d'enfants accrochées aux murs et la patience dont les docteurs font preuve pour expliquer les mouvements à faire en temps voulu.

Vraiment pour ma part personnelle, je trouve que toutes les futures mamans devraient employer l'accouchement sans douleur et, pour mon premier enfant, j'ai été satisfaite de cette méthode, et si les mamans ont peur de perdre un peu de temps pour venir aux cours, je leur promets que ce temps est rattrapé au moment de l'accouchement.

Dorénavant, je conseille et conseillerai à toutes les futures mamans d'employer la méthode de l'accouchement sans douleur. Ce n'est plus avec la peur dans l'âme que nous accoucherons, mais avec la joie.

Madame L.....

OBSERVATION N° I5

Madame P....

Date : I9 Février I955 à I2 H 07

Age : 24 ans

Parité : II

Résultat (Réduction compléte
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de position : O.I.G.A.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
ps			I H I2	2I '	4 '	O.P.
t du col			souple	souple		
tractions térines			régulières peu intenses	espacées		
duits rmacody- miques				2 U. de P. H.		
me			+ +	+ +		
ontrac- ion			+ +	+ +		
cipline			+ +	+ +		
ence						
ardage njoué						
tation						
spation						
s cipline						
ntes						
ations						

OBSERVATION N° I5

Madame P..... 24 ans 2ème pare

Entrée dans le service le I9 Février I955 à I0 H 30

H.U. 3I cms
Dos à gauche
B.D.C. + à gauche
T.V. Tête en bas pointant bien
Col effacé souple - dilatation 5 Frs
P.D.E. bombante

C.U. espacées toutes les I0 minutes durée 30 " en moyenne ne nécessitant pas la respiration rapide et superficielle jusqu'à ce moment

Relâchement musculaire médiocre

I0 H 44		C.U.	30 "	petites contractions utérines ne nécessitant pas la respiration . - meilleur relâchement.
50		C.U.	durée 20 à 30 "	se rapprochant toutes les 2 à 3 minutes. Rupture artificielle
57				de la P.D.E. liquide clair, tête fixée en O.I.G.A.
		Dilatation P.P.		
II H 02		C.U.	30 "	
04		"	25 "	
06		"	35 "	
09		"	30 "	
I2		"	30 "	
I3	' 30 "	"	25 "	
I4	' 30 "	"	25 "	
I6		"	35 "	
I7	' 30 "	"	35 "	C.U. plus intenses
I8	' 30 "	"	30 "	Relâchement + +
20		"	20 "	Respiration + +
2I		"	25 "	Calme
22	' 30 "	"	35 "	
23	' 30 "	"	30 "	
24	' 30 "	"	45 "	
26		"	45 "	
27	' 30 "	"	30 "	
29		"	40 "	
30	' 30 "	"	40 "	
32		"	45 "	B.D.C. +
34		"	45 "	Oxygénation de la parturiente
35	' 30 "	"	40 "	entre les C.U.
36	' 30 "	"	40 "	Bon relâchement
38		"	60 "	Bonne respiration
40		"	35 "	Femme très calme

II H 42	C.U.	40 "	Dilatation G.P.
45	"	40 "	Tête engagée en O.I.G.A.
46 ' 30 "	"	45 "	B.D.C. + +
48	"	50 "	
50 ' 30 "	"	30 "	
53	"	35 "	
56	"	30 "	
58	"	30 "	Bon relâchement, bonne respiration C.U. peu intenses, injection de 2 Unités de Post Hypophyse I.M.
I2 H	"	45 "	
OI ' 30 "	"	25 "	
03	"	30 "	Dilatation compléte
	Début des efforts expulsifs		
07	Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.580 Grs		
I8	Délivrance normale compléte de 560 grs mérinée intact.		

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Pour l'accouchement de mon deuxiéme enfant, j'ai pu apprécier la méthode de l'accouchement sans douleur.

En faisant la respiration haletante j'effaçais les douleurs de mes contractions et le relâchement neuro-musculaire a un effet vraiment surprenant pour l'accouchement.

Je suis donc enchangée d'avoir si bien réussi.

Je crois maintenant que l'on peut accoucher dans la joie.

Madame P.....

OBSERVATION N° I7

Madame B.....

Date : 2I Février I955 à I7 H 50

Age : 26 ans

Parité : I

Résultat
(Réduction compléte
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de position : O.I.G.A.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
		4 H 40	2 H 20	35 '	45 '	O.P.
du col		Leger oedème puis souple	souple	souple		
actions erines		courtes mais régulières 20 "	courtes 20/30 "	courtes assez espacées	espacées puis plus rapprochées	
uits macodyna- ues					2 unités P.H.	
e		+ +	+ +	+ +	+ +	
ntrac- on		±	±	+	+	
ipline			+	+	+ +	
nce						
rdage joué						
ation						
pation						
scipline						
ntes						
ations						

OBSERVATION N° I7

Madame B..... 26 ans Primipare

Entrée dans le service le 2I Février I955 à 9 H 50

Grossesse à peine de 8 mois (?)
H.U. 28 cms
Dos à gauche
B.D.C. + à gauche

T.V. Col effacé, dilatation petit I Fr

Membranes rompues avant le début du travail
Contractions faibles toutes les I/2 heures

I2 H 30	Dilatation large 2 Frs col un peu oédématié
I4 H I0	Dilatation large 5 Frs col souple C.U. toutes les 3 minutes durée 20/30 secondes
I5 H I5	col souple Dilatation petite paume Tête en O.I.G.A. Durée des C.U. 20 à 30 " irrégulières B.D.C. + +

I5 H 20	C.U.	I5 "	
23	"	25 "	Contractions utérines peu intenses
25	"	20 "	Respiration imparfaite pas assez superficielle
27	"	20 "	
3I	"	20 "	
34	"	20 "	
38	"	25 "	
4I	"	20 "	
44	"	30 "	Calme + +
47	"	I5 "	Décontraction meilleure
50	"	20 "	Respiration convenablement exécutée
53	"	25 "	
57	"	25 "	
I6 H	"	30 "	Bavardage
02	"	20 "	
04	"	25 "	
07	"	30 "	
I0	"	28 "	
I3	"	25 "	
I6	"	20 "	
I8	"	30 "	

I6 H 22	C.U.	35 "	Contractions plus intenses
25	"	30 "	vomissements
28	"	30 "	Relâchement moyen
3I	"	35 "	Respiration + + + Dilatation G.P.
34	"	30 "	Femme très calme,
36	"	20 "	Tête engagée en O.I.G.A.
40	"	25 "	
43	"	30 "	
45	"	20 "	Calme
48	"	I8 "	Respiration + +
5I	"	24 "	
53	"	30 "	
56 ' 30 "	"	35 "	
59	"	30 "	
I7 H 0I	"	I8 "	Dilatation compléte Début des efforts expulsifs
I7 H 30	B.D.C. bien frappés mais ralentis C.U. espacées Injection de 2 unités de Post Hypophyse I.M.		
I7 H 50	Accouchement d'une fille vivante pesant 2.720 Grs		
I8 H	Délivrance normale compléte de 480 grs Périnée intact		

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Ce que je pense de l'accouchement sans douleur ? A mon avis c'est une très bonne méthode. D'abord d'être au courant du déroulement de l'événement m'a servi beaucoup. Ayant perdu mes eaux à trois heures du matin, ça m'a permis de rester calmement dans mon lit et de suivre mes premières contractions qui étaient encore insignifiantes.

Au début, je ne faisais pas tellement bien ma respiration haletante mais la sage-femme m'a aidée à la faire mieux.

Par contre, mes mouvements d'expulsion ont très bien marché. D'abord à mon avis c'est àa qui est le plus capital. Si on ne me l'avait pas enseigné, je me demande comment je me serais débrouillée. Le relâchement musculaire n'a pas été total, mais je suis restée très calme.

Tous les docteurs, sages-femmes, infirmières et le personnel sont très gentils. Aussi, je remercie tout le monde à l'Hopital de Saint-Denis où mon accouchement s'est très bien passé.

Madame B.....

OBSERVATION N° 2I

Madame W.....

Date : 22 Février 1955 à I H 20

Age : 28 ans

Parité : III

Résultat (Réduction compléte
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de position : S.I.D.P.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
mps		2 H 05	I H 07	23 '	IO '	
at du col		souple	souple			
ntractions térines		irrégulières dans leur durée	irrégulières dans leur durée	irrégulières dans leur durée		
oduits armacody-amiques					P.P.H.	
lme		+ +	+ +	+ +	+	
contrac-tion		--	--	--	--	
scipline		+ +	+ +	+ +		
lence						
vardage njoué						
itation					+	
ispation					+	
discipline						
aintes						
is						
ensations						

OBSERVATION N° 2I

Madame W..... 28 ans III pare

Entrée dans le service le 2I Février I955 à I6 H 40

Grossesse à terme
H.U. 36 cms
Dos à droite
B.D.C. + à droite

T.V. Siége décomplété haut situé
col incomplétement effacé, perméable à I doigt
C.U. toutes les I/2 heure de courte durée

2I H 35 Siége décomplété toujours haut situé mais plus facilement accessible
col effacé - dilaté à I fr
C.U. peu intenses, courtes, irrégulkères toutes les I0 minutes
23 H I0 Présentation haute, col souple dilaté à 2 Frs
Respiration satisfaisante
Relâchement franchement mauvais

23 H 2I	C.U.	I8 "	peu intense	
22 ' 30 "	"	70 "	intense	
25 ' 30 "	"	30 "	peu intense	)
27	"	55 "	assez intense	) relâchement
29 ' 30 "	"	35 "		) mauvais
32	"	25 "	peu intense	) respiration + + +
33	"	30 "	" "	) très calme
34 ' 30 "	"	75 "		
39	"	40 "		
42	"	70 "		
45	"	30 "	B.D.C. +	
49	"	35 "		
5I	"	50 "		
52 ' 30 "	"	30 "		
56	"	25 "		)
56 ' 40 "	"	60 "		) très calme
58 ' 30 "	"	30 "		) respiration excel-
0 H	"	80 "		) lente
03	"	30 "		) mauvais relâchement
04 ' 30 "	"	25 "		)
05 ' 30 "	"	45 "	B.D.C. +	
07 ' 30 "	"	30 "		
09	"	65 "		
I3	"	30 "		
I7	"	45 "	T.V. poche des eaux bombante dilatation entre P.P. et G.P. siége non engagé	

passage en salle de travail

0 H I9	C.U.	20 "	
22	"	30 "	Rupture artificielle de la P.D.E. liquide teinté
25	"	35 "	
27	"	25 "	
30	"	28 "	
32	"	20 "	
35	"	65 "	
38	"	35 "	
4I	"	25 "	
43	"	30 "	
47	"	65 "	
48 ' 30 "	"	40 "	Dilatation G.P. - siége en voie d'engagement en S.I.D.P.
50	"	30 "	
52	"	60 "	
54	"	22 "	
57	"	25 "	B.D.C. +
59	"	40 "	
I H 02	"	55 "	
05	"	25 "	légère agitation
06	"	65 "	
I0	"	35 "	Dilatation compléte, début des efforts expulsifs
I7	Installation de P.P.H.		
20	Accouchement par le siége d'une fille vivante pesant 3.I20 Grs, née étonnée (désobstruction et oxygénation) réanimée au bout de 5 minutes		
25	Expulsion spontanée du placenta placenta partiellement découronné de 620 grs Révision utérine ramenant quelques débris placentaires		
I H 40	Arrêt de la perfusion		

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Mon accouchement étant prévu pour le Ier Mars, le 2I Février dans la matinée je ressentais une grande fatigue et quelques contractions. Aussi dans l'après midi ai-je pris l'autobus (tout de suite après une contraction) pour venir pensais-je passer une visite à la maternité. Je préférais venir dès ces premières contractions car c'était mon 3ème enfant et de plus une présentation siége.

Examinée par le Docteur et la Sage-femme, j'appris que le travail était commencé. Les contractions se sont rapprochées et précisées dans la soirée.

J'ai toujours pratiqué la respiration superficielle accélérée suivant le rythme des contractions. Malgré un mauvais relâchement musculaire, mes contractions n'ont jamais été ressenties en douleurs.

Je dois dire aussi que la gentillesse, la compréhension du Docteur et de la Sage-femme, m'ont beaucoup aidé à maintenir mon calme et mon rythme respiratoire. Le Docteur enregistrait la durée des contractions et me renseignait clairement à chaque examen.

A " Grande Paume " installée dans la salle de travail, les contractions ont augmenté d'intensité. Je crois qu'avec mon mauvais relâchement musculaire à ce moment, sans la présence auprès de moi de la Sage-Femme et du Docteur, je me serais un peu énervée.

Le moment de l'expulsion est arrivé sans fatigue pour moi et quelques moussées, quelques efforts ont suffi pour faire voir le jour à ma petite fille pesant plus de 3 Kilos. Il était I H 20 du matin.

J'ai apprécié le confort de la salle de travail, le bon lit d'abord et aussi les mûrs clairs et reposants avec quelques belles photos de bébés souriants. Aucun instrument n'étant directement sous nos yeux. Je crois que le cadre agréable, la gentillesse et la compréhension du personnel qui nous assiste nous aide beaucoup à maintenir cet équilibre du cerveau indispensable.

Bien qu'ayant eu un mauvais relâchement musculaire, je souhaite à toutes les femmes de pouvoir accoucher comme moi, sans douleur.

En remerciant tout le personnel dévoué de la Maternité.

Madame W.....

OBSERVATION N° 25

Madame G.....

Date : 5 Mars 1955 à 2 H 55

Age : 2I ans

Résultat (Réduction compléte
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Parité : I

Variété de position : O.I.G.A.- O.P.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
os		3 H IO	I H IO	I9 '	22 '	O.P.
du col		souple puis légèrement oedematie	épais	souple		
tractions erines		toutes les IO' puis 5' 20/30 "	2/3 ' 35/4/ "			
duits rma cody- miques					Flaxédyl	
ne						
ontrac- on						
cipline						
ence						
rdage joué						
tation			+ + +	+ + +		
spation			+ + +	+ + +		
s cipline			+ +	+ + +	+	
ntes			+ +	+ +		
s						
sations			douleurs	douleurs		

OBSERVATION N° 25

Madame G..... 2I ans Primipare

Entrée dans le service le 4 Mars I955 à 20 H 50

Grossesse à terme
H.U. 34 cms
Dos à gauche
B.D.C. + à gauche

T.V. Col incomplétement effacé, dilaté à 50 cms
membranes intactes
Bassin légèrement serré transversalement

C.U. douloureuses toutes les IO ' depuis I7 heures durée 20/25 " en moyenne
très mauvais relâchement

22 H 45	C.U. douloureuses toutes les 5 minutes durée 30 " mauvais relâchement respiration trop profonde durant les C.U. malgré les conseils Dilatation 2 Frs
23 H 45	douleurs lombaires (?) Dilatation entre 2 et 5 Frs C.U. douloureuses toutes les 3 minutes durée moyenne 30 à 40 "
5 Mars I H	Dilatation 5 Frs col un peu épais rupture spontanée de la P.D.E. liquide clair tête amorcée

I H 05	C.U.	40 "	
IO	"	50 "	
I3	"	50 "	
I6	"	50 "	
20	"	50 "	
23	"	60 "	
25	"	60 "	
28	"	60 "	
30	"	55 "	Dilatation P.P. col un peu épais
32	"	50 "	tête engagée en O.I.G.A.
35	"	40 "	Agitation, plaintes, dilatation entre P.P. et G.P.
36	"	40 "	Passage en salle de travail

I H 38		C.U.	40 "	
40		"	45 "	Femme très mal décontractée,
42		"	50 "	agitée, se plaignant de douleurs
44		"	40 "	
46		"	35 "	
47	30 "	"	40 "	malgré l'interdiction, la femme pousse, dilatation entre P.P. et G.P. indiscipline + + +
50		"	35 "	
52		"	30 "	douleurs + + agitation + +
55		"	35 "	indiscipline + +
58		"	40 ")	
2 H		"	50 ")	
02		"	40 ")	
03	30 "	"	50 ")	
06		"	45 ")	douleurs
08		"	40 ")	indiscipline (pousse sans arrêt
II		"	30 ")	malgré l'interdiction)
I3		"	30 ")	
I6		"	35 ")	
I9		"	30 ")	
22		"	45 ")	
25		"	35 ")	
27		"	30 ")	
30		Dilatation compléte		
33		Début des efforts expulsifs en réalité pousse déjà depuis I/2 heure sur le col restant		
45		Flaxédyl I.M.		
55		Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.590 Grs		
3 H I0		Délivrance normale compléte pesant 550 grs		

OBSERVATION N° 29

Madame D.....

Date : 9 Mars 1955 à 17 H 20

Age : 24 ans

Parité : I

Résultat (Réduction complète
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de Position : O.I.G.A.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagemen
emps		2 H	I H IO	IO '	I H	O.P.
at du col		souple	souple	souple		
ontractions térines		régulières toutes les 3' 30/40 "	Intervalle I ' 30/40 "	rapprochées	espacées 3 '	
roduits harmacodyna-miques					Flaxédyl 2 u. P.H.	
lme		+ +	+ +	+ +	+ +	
écontrac-tion		+ +	+	+	+	
scipline		+ +	+ +	+ +	+ +	
lence						
vardage enjoué						
itation						
ispation						
discipline						
aintes						
is						
nsations						

OBSERVATION N° 29

Madame D..... 24 ans Primipare

Entrée dans le service le 9 Mars à IO H

Grossesse à terme
H.U. 32 cms
Dos à gauche
B.D.C. +

T.V. Tête en bas amorçée
col incomplétement effacé dilaté à I fr

membranes rompues, liquide clair

C.U. peu intenses espacées toutes les 8 ou IO minutes

I3 H	col souple effacé, dilaté à I fr tête bien amorçée C.U. régulières toutes les 3 minutes durée 30 à 40 " femme très calme, bien relâchée
I4 H 30	C.U. régulières mêmes intervalle et durée dilatation stationnaire
I6 H	col souple, dilatation P.P. B.D.C. + C.U. rapprochées, intervalle de I minute durée 30/40 " femme calme toujours bien relâchée respiration convenablement exécutée
I6 H 20	dilatation complète C.U. s'espacant intervalle 3 à 4 ' durée 24 "
I7 H	Injection de 2 unités de Post Hypophyse I.M.
I7 H 20	Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 2.640 Grs avec circulaire du cordon très sérrée
I7 H 50	Délivrance normale complète pesant 450 grs
	quelques minutes après l'accouchement l'enfant se cyanose, mis sous oxygène.

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Pour cet accouchement, 2 périodes bien distinctes :

I°) DILATATION : douleurs , mais supportables

2°) EXPULSION : sans douleur

DILATATION :

Commencée vers les IO heures, contractions tous les I/4 d'heure environ. Sans commentaire. A partir de I4 heures, les contractions deviennent plus intenses. Bien que toujours à " I Fr ", je dois pratiquer la respiration accélérée superficielle pour pouvoir les supporter. Elles se rapprochent de plus en plus (toutes les 3 minutes à peu près) et le travail avance.

Lors de 2 ou 3 contractions, n'ayant pas pratiqué cette respiration dans les formes voulues, j'eus véritablement mal, je me contractais toute et me tordais sur mon lit.

CONCLUSION :

La respiration haletante n'a pas supprimé toutes les douleurs, mais elle les a rendues très supportables (douleurs du bas-ventre quand une femme a ses régles), mais il est nécessaire de pratiquer cette respiration en restant bien relâchée, et avec la volonté de bien faire.

EXPULSION :

Bien qu'ayant confiance en la méthode d'accouchement sans douleur c'est le moment qui me causait quelque inquiétude. Or, contrairement à tout, cette période fut la plus supportable.
Dés l'arrivée d'une contraction, obsédée par l'idée de pousser, je me concentrais toute dans l'idée et l'effort, et non seulement la douleur était ignorée, mais cela devenait une nécessité d'expulser un besoin. Le relâchement entre chaque contraction était automatique : épuisée par l'effort fourni, j'étais contente de pouvoir me détendre. Il est vrai que j'en avais la possibilité, les contractions à cette période de l'accouchement étant assez espacées.

CONCLUSION : Pas de douleurs réelles .

" L'accouchement sans douleur " s'il n'est pas totalement indolore, fait de cette chose, un acte parfaitement supportable et pas effrayant. Toutes les femmes devraient accoucher ainsi.

Madame D.....

OBSERVATION N° 36

Madame M.....

Date : I8 Mars I955 2 h 50
3 h

Age : 27 ans

Parité : I

Résultat (Réduction complète
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de position : Gémellaire O.I.D.A.
S.I.D.P.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
s		IO H	5 H 30	20 '	I°) 55 ' 2°) 5 '	O.P. siége
du col		épais	souple	souple		
ractions érines		toutes les 3 ' 30 "	toutes les 2/3 ' 25/35 "	2'/2'30" 30/35"		
uits rmacody- iques					P.P.H. Flaxédyl	
ne		+ + +	+ +			
ntrac- ion		+ + +	+	+	+ +	
ipline		+ +			+ + +	
ce						
rdage oué						
ation			+	+		
pation						
scipline						
ntes				+		
ations						

OBSERVATION N° 36

Madame M..... 27 ans Primipare

Entrée dans le service le I7 Mars I955 à 7 H 30

Grossesse de 8 mois I/2
H.U. 38 cms
Grossesse gémellaire
I tête en bas mobile
I tête en bas
B.D.C. + + 2 foyers

T.V. Col en voie d'effacement largement perméable à I doigt
rares contractions utérines

II H 30	Col très postérieur incomplétement effacé déhiscent comme 2 frs Rares contractions utérines femme calme bien relâchée
I8 H	Col assez épais dilaté à 2 Frs Femme très calme C.U. peu intenses de courte durée toutes les 7 minutes environ
20 H	Dilatation 5 Frs Tête en bas en voie d'engagement C.U. de durée moyenne 30 " toutes les 3 minutes femme très calme se lève et circule
24 H	Dilatation entre 5 Frs et P.P. Col souple Tête en voie d'engagement en O.I.D.A.
0 H 50	C.U. de courte durée I5 à 20 " toutes les 3 minutes relâchement assez bon légère agitation
I H 30	Dilatation G.P. Rupture de la poche des eaux liquide clair C.U. espacées de 2 ' à 2 ' 30 " durée moyenne 30 à 35 " légères plaintes durant les C.U. pendant une dizaine de minutes respiration convenablement exécutée
I H 50	Dilatation complète
I H 55	début des efforts expulsifs

2 H I5	Installation d'une perfusion I.V. de Post-Hypophyse à débit très lent - Flaxédyl I.M.
2 H 50	Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 2.280 Grs (O.I.D.A. - O.P.)
2 H 55	Rupture artificielle de la P.D.E. liquide clair 2ème foetus : siége complet S.I.D.P.
3 H	naissance du 2ème jumeau sexe masculin vivant pesant 2.380 grs relévement du bras antérieur - abaissement sortie de la tête par la manoeuvre de Mauriceau
3 H 30	délivrance naturelle compléte univitelline de I.080 Grs Déchirure de la petite lèvre (réparation au catgut)
3 H 50	arrêt de la P.P. H.

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

A la suite de mon accouchement dans les nouveaux services de la Maternité de l'Hopital de Saint-Denis, je viens témoigner ma reconnaissance à la Direction et au personnel de cet Hopital pour les bons soins que j'y ai reçus. J'ai pu apprécier la nouvelle méthode d'accouchement sans douleur ainsi que le confort des locaux aménagés avec recherche pour le bien-être des accouchées.

Les cours de préparation donnés dans une ambiance de sympathie et de compréhension m'avaient mise en confiance et c'est sans appréhension que j'ai abordé cette épreuve si pénible pour bien des femmes.

Je dois néanmoins avouer que j'ai ressenti une déception à mon arrivée et pendant toutes les contractions qui ont duré toute une nuit ayant été laissée seule, contrairement aux promesses faites pendant tous les cours. Je n'étais pas la seule à accoucher cette nuit là et la sage-femme était occupée auprès de mes autres compagnes. Les moments d'angoisse que j'ai passés faute de compagnie et de conseils, m'ont certainement empêchée de profiter pleinement de la méthode qui s'avérerait à mon avis très efficace, si la Maternité disposait d'un personnel suffisant.

Je vous prie de m'excuser de la liberté que je prends de soulever cette objection, mais un tel effort a déjà été accompli pour le succés de la méthode, qu'il me semblerait dommage d'y laisser une lacune.

En vous remerciant pour votre dévouement, je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de ma considération.

Madame M.....

Il nous faut signaler que les résultats obtenus - peut-être médiocres aux yeux de certains, sont susceptibles d'amélioration. Les observations ne portent que sur les premiers mois de l'application à la Maternité de SAINT-DENIS, de la méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie.

Les conditions de travail étaient loin d'être parfaites. Depuis cette période de début, nous avons fait des progrès :

- augmentation du nombre des sages-femmes, nombre qui est passé de 6 (période de début) à I2 actuellement, par groupes de 4 sages-femmes de garde un jour sur trois.

- les parturientes sont maintenant prises en main régulièrement à 2 Frs, alors qu'il n'en était relativement pas ainsi auparavent.

- Surveillance particulière par la sage-femme ou le médecin de leur comportement auprès de la parturiente, en s'efforçant de bannir tout geste, tout propos, tout acte parfois très anodin à nos yeux mais qui ont souvent un effet facheux sur le comportement de la parturiente, pouvant entraîner même le déconditionnement total et extrêmement rapide de la femme.

- Amélioration également au point de vue technique, permettant de posséder dans les chambres de travail, sans avoir à courir, tout le matériel nécessaire.

Nous savons le gros reproche qui peut nous être fait, à savoir la pauvreté du nombre des observations ; mais nous avons préféré consigner uniquement les observations des parturientes que nous avons personnellement suivies, plutôt que de classer des dizaines et même maintenant des centaines d'observations que nous n'aurions point suivies.

D'autre part, nous avons signalé les difficultés de trouver des critères permettant un jugement aussi objectif que possible de la qualité d'un accouchement sans douleur suivant la méthode et nous pensons avoir réduit le pourcentage d'erreur en appréciant avec la même rigueur - ce qui nécessitant notre présence et partant réduisait le nombre des observations.

ASSOCIATION DE LA METHODE D'ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE

ET DE LA PERFUSION INTRA-VEINEUSE DE

POST - HYPOPHYSE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons vu que le nombre des accouchements sans douleur - totalement sans douleur - est relativement, à notre avis, peu élevé. Ce qui frappe, c'est essentiellement le calme qui régne dans la salle de travail, l'absence de crispation, d'agitation chez les parturientes dans l'immense majorité des cas, l'absence surtout de cris et de plaintes. Mais l'absence totale de phénomènes douloureux est rare, aussi se pose naturellement, la possibilité d'association à la préparation psychoprophylactique, de produits pharmacodynamiques.

Nous savons que la méthode psychoprophylactique doit permettre, grâce au conditionnement de la parturiente, d'obtenir un accouchement sans douleur en dehors de toute drogue pharmacodynamique. Mais il est des cas où l'accoucheur est forcé d'avoir recours à ces produits pharmacodynamiques :

- absence de contractions utérines
- hypertonie utérine
- oedème du col
- col bridé

et M. LAMAZE, lui-même, dans ses publications, signale avec une fré-

quence non négligeable (en dehors de la triade de NICOLAIEV : Oxygène - Coramine - Glucose) ,

- des injections d'ocytociques : injections intra-musculaires de Post-Hypophyse, de Spartéine....
- ou des injections d'antispasmodiques : Spasmavérine

De plus, il nous a été permis de constater que la période la plus difficile pour la parturiente - ce qui est vrai d'ailleurs pour tous les accouchements - s'étend de 5 Frs à complète, ou de Petite Paume à complète.

Nous avons constaté en régle générale, que les meilleurs résultats obtenus par la méthode, concernaient les observations où la marche du travail était rapide. Dans le cas contraire, à la période de 5 Frs lorsque le travail ne progresse que très lentement et qu'à la suite de plusieurs examens, l'accoucheur annonce à la femme une dilatation pratiquement stationnaire, la parturiente commence à s'énerver, à s'affoler, à faire incorrectement sa respiration, à négliger son relâchement neuro-musculaire, bref à se déconditionner. Il est possible à ce stade de reconditionner la parturiente, mais si le travail continue à évoluer péniblement, on court à l'échec certain, d'autant plus que la femme présente souvent un certain état de fatigue (en particulier les primipares qui arrivent à cette dilatation de 5 Frs ou de Petite paume, dans la deuxiéme moitié de la nuit).

Aussi, sans esprit de système, chaque fois que nous avons jugé utile de le faire, nous avons eu recours à la perfusion intra-veineuse

de post-hypophyse, afin d'accélérer le travail, c'est-à-dire de raccourcir la période de 5 Frs à compléte.

La technique de la perfusion intra-veineuse de post-hypophyse est classique. Dans le service de notre Maître, Monsieur de PERRETTI DELLA ROCCA, nous utilisons un flacon de sérum glucosé isotonique de 500 centicubes, dans lequel, nous ajoutons :

- IO unités de post-hypophyse
- I Spasmalgine
- 2 ampoules d' Adrénoxyl

Cette perfusion est installée en régle, à une dilatation de 5 Frs, avec une tête fixée (il va sans dire que le bassin doit être perméable).

Généralement, la perfusion est réglée à un débit très faible : au début, IO à I5 gouttes pour apprécier les réactions de l'utérus , puis, le débit est augmenté atteignant 20,25 ou 30 gouttes à la minute, suivant le comportement du muscle utérin et les progrès de la dilatation.

Il va de soi que nous n'avons eu recours à la perfusion de post-hypophyse, que lorsque les indications de celle-ci se posaient.

Nous préférons utiliser la perfusion car elle laisse une liberté d'action (variation du débit, augmentation ou diminution, voir arrêt) que ne permet pas l'injection intra-musculaire.

Si la quantité d'hypophyse mise dans le flacon peut sembler importante, nous n'avons pratiquement jamais utilisé les 500 centicubes. Le plus souvent, la quantité administrée de sérum, se chiffrait au I/4 ou au I/3, voir à la I/2 du flacon, soit 2,5 à 5 unités de post-hypophyse.

Voici, à titre d'exemple, 3 observations suivies du compte-rendu de la parturiente, chez 3 primipares.

OBSERVATION N° 3 (Série 2)

Madame C.....

Date : I2 Mars I955 à 22 H 50

Age : 22 ans

Parité : I

Résultat (Réduction complète
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

Variété de position : O.I.D.P.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
Temps		9 H	30 '	40 '	40 '	O.P.
Etat du col		souple	souple	souple		
Contractions utérines		IO ' 40/50 "	s'espacant d'ou P.P.H. 5 ' - 40 "	3 ' 40/50 "		
Produits Pharmacodynamiques			P.P.H.	P.P.H.	P.P.H.	
Calme		÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	
Décontraction		÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	
Discipline			÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	
Silence						
Bavardage enjoué						
Agitation						
Crispation						
Indiscipline						
Plaintes						
Cris						
Sensations						

OBSERVATION N° 9 (Série 2)

Madame C..... 22 ans Primipare

Entrée dans le service le I2 Mars I955 à 4 heures

Grossesse à terme
H.U. 3I cms
Dos à droite
B.D.C. +

T.V. Tête en bas, haute et mobile
Col long, perméable à I doigt
Membranes rompues, liquide clair

C.U. toutes les heures irrégulières, de courte durée 20 ".

I2 H	Col épais dilaté à I Fr Tête amorcée C.U. toutes les I5 minutes
I6 H	Pas de changements Femme calme
I8 H 45	Col souple, effacé entre 2 et 5 Frs C.U. régulières toutes les I0 minutes, durée 40 à 50 " Femme calme, bien relâchée
2I H	Dilatation grand 5 Frs - tête fixée en O.I.D.P. C.U. s'espacant Installation d'une perfusion de Post Hypophyse I.V.
2I H 30	Dilatation G.P. C.U. régulières toutes les 3 minutes durée 40 " Femme très calme, bien décontractée Respiration bien exécutée
22 H I0	Dilatation compléte I Flaxédyl I.M.
22 H 50	Accouchement normal d'une fille vivante de 2.680 Grs
23 H 05	Délivrance naturelle compléte de 450 Grs
23 H I5	Arrêt de la P.P.H.

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Au lendemain de mon accouchement, je tiens à vous dire ce que je pense de la méthode psychoprophylactique.

Dés le début de son application à la Maternité de l'Hopital de SAINT-DENIS, étant enceinte, je me suis faite inscrire afin de suivre les cours. Très intéressants, je les ai suivis avec assiduité. La clarté et la simplicité des exposés des professeurs, leur persévérance dans les explications et la confiance qu'ils mettaient dans la réussite, faisaient que je prenais confiance en moi-même et j'étais assurée d'accoucher sans douleur.

Après une telle préparation, c'est avec le sourire que je suis arrivée à la Maternité, Samedi matin I2 Mars à 4 heures et vers 20 H 30 lorsque je pénétrais dans la salle de travail, la confiance que je plaçais dans les sages-femmes était totale. (J'étais restée toute la journée dans une chambre à avoir des contractions, et ayant suivi ce que j'avais appris pendant les cours, j'étais très calme et n'avais pas souffert durant toute la période de dilatation qui a été assez longue, car j'étais étroite et devais accoucher de mon premier bébé).

Dans la salle de travail, jusqu'à 22 heures, les contractions se sont rapprochées et ensuite a commencé la dernière phase, celle de l'expulsion. Encouragée par les sages-femmes et n'éprouvant aucune douleur, j'ai pu pousser de toutes mes forces. C'est en toute conscience et avec le sourire que j'ai vu ma petite fille dans les mains de la sage-femme.

Mon voeu le plus grand est que bientôt, grâce à cette méthode du grand savant soviétique PAVLOV, il n'y ait plus une seule femme qui enfante dans la douleur, car pour moi, le plus beau moment c'est celui où ce petit être attendu depuis neuf mois entre dans la vie. L'accouchement sans douleur permet de profiter entièrement de cet instant.

A mon retour chez moi, je serai une bonne propagandiste car je veux essayer de faire profiter de la méthode toutes celles qui jusqu'à présent n'y croient pas.

Je remercie tout le personnel de la Maternité.

Madame C.....

OBSERVATION N° 6 (Série 2)

Madame B.....

Date : 20 Février 1955 à 4 H 45

Age : 28 ans

Parité : I

Résultat (Réduction complète / Réduction considérable / Réduction partielle / Echec)

Variété de position : O.I.G.P.

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à compléte	Expulsion	Dégagement
Temps		14 H 30	2 H 05	22 '	18 '	O.P.
Etat du col		souple	souple			
Contractions utérines		espacées peu intenses	espacées puis rapprochées	rapprochées		
Produits Pharmaco-dynamiques			P.P.H.	P.P.H.	Flaxédyl	
Calme		+ +	+ + +	+ + +		
Décontraction		+ +	+ +	+ + +		
Discipline		+ +	+ +	+ +		
Silence						
Bavardage enjoué		+	+ +	+		
Agitation						
Crispation						
Indiscipline						
Plaintes						
Cris						
Sensations		douleurs lombaires				

OBSERVATION N° 6 (Série 2)

Madame B..... 28 ans Primipare

Entrée dans le service le I9 Février I955 à I H 30

Grossesse de 8 mois 3/4
H.U. 3I cms
Dos à gauche
B.D.C. +

T.V. Tête en bas cnacessible au doigt
Membranes rompues, liquide clair
Bassin perméable

9 H 30	Tête en bas qui s'amorçe col incomplétement effacé perméable à I doigt
I2 H 30	Col presque complétement effacé Dilatation 2 Frs
I9 H 30	Tête fixée Col effacé dilaté à 2 Frs C.U. régulières toutes les 4 minutes durée 40/50 " semblant peu intenses (respiration bien exécutée) Douleurs lombaires (suppositoires de Salgydal)
2I H	Pas de changement de la dilatation
24 H	Dilatation entre 2 et 5 Frs Femme calme décontractée
20/2/55 I H	Dilatation 5 Frs Tête fixée entre O.I.G.P. et O.I.G.T. C.U. toutes les 3 minutes - durée 60 " femme calme
3 H I0	Dilatation toujours à 5 frs C.U. toujours espacées : intervalle de 5 minutes travail long : parturiente commençant à être fatiguée
3 H 50	Pas de changement Installation d'une perfusion I.V. de Post-Hypophyse à débit lent (I0 à I5 gouttes par minute)
3 H 53) 3 H 55)	2 C.U. espacées par un intervalle de 30 " avec une durée totale pour les 2 C.U. de 2'I5 "

3 H 58	C.U.	55 "	Respiration + +
4 H	"	70 "	Relâchement + +
02	"	50 "	
03 ' 30 "	"	60 "	Vomissement
05	"	60 "	Relâchement et respiration + +
07	"	50 "	Dilatation G.P. tête en voie d'engagement entre O.I.G.T. et O.I.G.P.
09	"	55 "	
II	"	60 "	Respiration + +
I4	"	75 "	Relâchement + +
I7	"	55 "	
I9	"	50 "	La perfusion est réinstallée, la
22	"	50 "	femme ayant replié son bras
25	"	60 "	Dilatation compléte tête engagée effectuant sa rotation
	Début des efforts expulsifs		
35	Tête sur le périnée en O.I.G.A.		
45	Accouchement normal d'une fille vivante pesant 3.030 Grs une circulaire serrée		
55	délivrance naturelle complête de 55I grs		

La perfusion a été réglée lentement au début (I5 - 20 gouttes) puis légèrement accélérée 30 gouttes dans les minutes précédant l'accouchement, puis encore plus accélérée après l'accouchement.

Excellent résultat de la perfusion. Travail long avec des contractions utérines espacées et peu intenses. A partir de l'installation de la perfusion, on a constaté une accélération des C.U. devenant très régulières.

L'accélération de l'accouchement a permis à la femme de garder parfaitement son contrôle. La femme a reçu à peine la moitié du flacon de sérum.

Cette observation montre pleinement la possibilité et même la nécessité d'associer dans de tels cas, à la méthode psychoprophylactique, les méthodes d'accouchement dirigé, et ce, avec, nous semble-t-il, un plein succés.

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Je suis très satisfaite de la méthode psychoprophylactique. En effet, malgré des douleurs lombaires que j'ai ressenties pendant toute la durée du travail, j'ai pu garder le contrôle de moi-même, et aucune contraction de l'utérus ne m'a fait souffrir.

Je dois dire également que le Personnel (docteurs, sages-femmes, et infirmières) a été parfait et m'a beaucoup encouragée.

Lorsque je rencontrerai de futures mamans, je ne manquerai pas de leur signaler cette méthode et d'assister aux cours d'enseignement qui nous donnent confiance et nous enlévent toute appréhension.

Madame B.....

OBSERVATION N° I2 (Série 2)

Madame J.....

Date : I5 Avril I955 à 0 H 35

Age : 33 ans

Parité : I

Variété de position : O.I.G.A.

Résultat (Réduction complète
(Réduction considérable
(Réduction partielle
(Echec

	Effacement	I Fr à 5 Frs	5 Frs à G.P.	G.P. à complète	Expulsion	Dégagement
Temps		II H	2 H 06	I9 '	I0 '	O.P.
Etat du col		souple	souple puis oedématié			
Contractions utérines		très espacées 5 ' 20 "	2 ' 40 "	2 ' 40 "		
Produits Pharmacodynamiques			P.P.H.	P.P.H. Spasmalgine I.V.	Flaxédyl	
Calme		+ +	+ + +	+ + +	+ + +	
Décontraction		+ +	+ + +	+ + +	+ + +	
Discipline			+ + +	+ + +	+ + +	
Silence						
Bavardage enjoué			+ +	+ +		
Agitation						
Crispation						
Indiscipline						
Plaintes						
Cris						
Sensations						

OBSERVATION N° I2 (Série 2)

Madame J..... 33 ans Primipare

Entrée dans le service le I2 Avril I955 pour perte des eaux
Grossesse de 8 mois I/2
H.U. : 27 cms
Dos à gauche
B.D.C. + +
Tête en bas

T.V. Tête en bas, mobile
col en voie d'effacement, mais encore long, perméable à I doigt
membranes rompues.

I3 Avril I955

II H	Col court en voie d'effacement Perméable à I doigt Pas de contractions utérines

I4 Avril I955

9 H	même état quelques contractions utérines très espacées et de courte durée
I5 H	Col complétement effacé Dilatation I Fr B.D.C. + +
I9 H	Col effacé Dilatation entre I Fr et 2 Frs C.U. toutes les 5 minutes d'une durée de 30 à 40 "
22 H	Col dilaté à petit 5 Frs C.U. toutes les 4 à 5 ' durée 30 " Relâchement et respiration + + +
23 H 2I C.U. 30 "	Relachement et respiration + + +
22	Installation d'une perfusion I.V. de post hypophyse
23 " 35 ")	
25 " 45 ")	
27 " 40 ")	Dilatation 5 Frs, col souple, tête fixée
29 " 30 ")	
30'30" " 40 ")	Relâchement et respiration + + +
32'30" " 35 ")	
34 " 40 ")	
36 " 40 ")	

23 H 38	C.U. 30"		Large 5 Frs, col souple
40	" 35 "		Calme, bavardage, se plaint de la présence d'une mouche
42	" 30 "		
44	" 30 "		La femme analyse ses contractions
46	" 25 "		
48	" 35 "		B.D.C. + +
50	" 40 "		
54	" 40 "		
57	" 40 "		Large P.P. col oedematie
0 H	" 30 "	)	
02	" 35 "	)	Femme très calme, très relâchée
03'30"	" 40 "	)	
06	" 40 "	)	
09	" 35 "	)	Dilatation G.P., " "
II'30 "	" 30 "	)	
I4	" 30 "	)	Femme très calme " " col oedémateux
I6	" 40 "		Spasmalgine I.V. pour assouplir le col
I8	" 40 "		
25			Dilatation complète, efforts expulsifs Flaxédyl I.M.
35	Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3 Kgs 090		
50	Délivrance naturelle compléte de 620 grs.		
	I Métergin		
I H	Arrêt de la perfusion		

COMMENTAIRE DE LA PARTURIENTE

Le Lundi II Avril, je me réveillai à 23 H 20 en perdant mes eaux. Très étonnée, car je ne devais accoucher que le 4 Mai, je me préparais tranquillement et ressentant des contractions légères toutes les heures, à 5 heures du matin je partais à la Maternité.

Après examen, on me dit que le col était en voie d'effacement. Dans la journée de mardi, les contractions se firent plus légères et passérent uniquement à l'aide de relâchement. La nuit, on me donna un suppositoire et je dormis tranquillement. Mercredi rien de spécial à part quelques contractions légères vite réprimées avec le relâchement.

Jeudi matin, contractions très légères mais rapprochées toutes les 5 minutes. Examen du Docteur qui me dit être entrée en travail. Après-midi, contractions très fortes, toutes les heures, I/2 heure et I/4 d'heure. A 5 heures, elles viennent toutes les 7 minutes. Le Docteur m'examine et me trouve à 2 Frs. Il m'affirme que ce sera pour la nuit. Je passe vers IO heures en salle de travail où l'on me fait une perfusion.

Aussitôt les contractions prennent une telle vigueur que j'ai beaucoup de mal à garder mon contrôle. A grande paume l'envie de pousser devient tellement forte que je lâche deux fois ma respiration.

C'est la phase la plus difficile car les contractions au lieu de prendre une course ascendante et descendante partent directement du point le plus fort, en diminuant petit à petit. A compléte dilatation, au moment de l'expulsion en 3 puissantes poussées, mon enfant vint au monde, sans véritables douleurs, mais non sans effort et contrôle de tous les instants.

Madame J.....

D'après ces observations, et nous pourrions en citer de nombreuses autres, puisque le total se chiffre à 14, nous pouvons constater des résultats extrêmement favorables.

La parturiente a calmement supporté des contractions utérines plus intenses et plus prolongées. Les progrès rapides de la dilatation ont été de plus, un grand stimulant pour la femme, qui a de ce chef conservé tout son calme et continué à veiller activement à son relâchement neuro-musculaire et à sa respiration.

Enfin, l'accélération du travail a permis à la femme d'arriver peu fatiguée à la phase de dilatation et à faire des efforts expulsifs rapidement couronnés de succès.

Il ne nous est pas possible de faire des statistiques portant sur la réduction globale du temps de travail, car les perfusions ne furent utilisées que pour des parturientes dont le travail traînait avec contractions utérines espacées, et non pas systématiquement.

-:-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-

Nous nous sommes efforcés de donner les résultats obtenus dans le service de notre Maître, Monsieur de PERETTI DELLA ROCCA, à la Maternité de l'Hopital de SAINT-DENIS, dans l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique.

Le terme " accouchement sans douleur " est à notré avis formellement à rejeter. Il s'agit " d'un mot qui fait image, mais qui n'est, hélas, qu'un idéal vers lequel on s'efforce de tendre ".

Faut-il rejeter la méthode ? Certainement non.

L'enseignement donné permet à la future parturiente d'aborder son accouchement avec confiance et calme, débarassée de toute peur ou angoisse. Les parturientes, dans la grande majorité des cas, restent calmes, disciplinées, décontractées durant leur travail. Elles exécutent mieux leurs efforts expulsifs.

Le nombre des accouchements sans douleur est relativement peu élevé, par contre, on peut noter une grande porportion d'accouchements avec réduction notable des phénomènes douloureux.

D'autre part, cette méthode, nous a permis de ne plus considérer comme inéluctables, les douleurs de l'accouchement. Elle a surtout modifié l'attitude de la parturiente vis à vis de son accouchement,

en effet, la parturiente devient active dés le début du travail, elle n'est plus ignorante de ce qui va arriver mais est rassurée par les conseils qui lui sont utilement prodigués.

Par ailleurs, cette méthode a eu l'avantage d'améliorer considérablement, les conditions matérielles de l'accouchement : amélioration dans le sens du confort matériel et moral de la parturiente (non seulement les lits d'accouchement, mais encore les salles insonorisées et surtout l'assistance presque permanente de la parturiente durant tout son travail).

Enfin, il nous a semblé intéressant d'associer à la méthode, l'utilisation de produits pharmacodynamiques : en particulier, les perfusions intra-veineuses de post-hypophyse. Les résultats que nous avons obtenus dans les cas où cette association a été réalisée, nous semblent favorables et recommandables.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-

- CHICHKOV : L'analgésie obstétricale psycho-prophylactique ; Obstétrique et Gynécologie MOSCOU 1951, N° 2

- DARON : La méthode psychoprophylactique d'analgésie obstétricale , FEICHER-AKKOUCHERKA 1951 N° 5 (résumé par ZAIDMAN dans la Presse Médicale 7 Novembre 1951)

- FAVAREL : L'accouchement sans douleur selon la méthode psychoprophylactique. Concours Médical, 13 Février 1954.

- GRASSET et DUMONT : Les orientations actuelles des techniques de l'Analgésie obstétricale. I. Les méthodes neuroplégiques. Presse Médicale, 27 Février 1954, 62, 15.

- GRASSET et DUMONT : Les orientations actuelles des techniques de l' Analgésie obstétricale, II. Les méthodes neuropsychiques. Presse Médicale, 17 Mars 1954, 62,20.

- HEYNEMANN : L'accouchement sans douleur. Arch. Gyn. Obst. 180, 1951.

- IAKOLEV : L'activité électrique de l'écorce cérébrale et de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement. Obst. & Gyn. Moscou N° 5, 1951 (voir Semaine des Hopitaux, 1952, I. 697
  Revue Française de Gyn. & Obst. 1952, 4, 367)

- LAMAZE et VELLAY : L'accouchement sans douleur. Semaine Médicale N° 15, suppl. à la Semaine des Hopitaux, 18 Avril 1952, N° 29

- LAMAZE et VELLAY : Une nouvelle méthode d'accouchement. Les Nouvelles Thérapeutiques. Juin 1953, N° 6

- LAMAZE et VELLAY : L'accouchement sans douleur par la Méthode psychophysique. Premiers résultats portant sur 500 cas. La Gazette Médicale de France, t. 59, N° 23, 2° N° de Décembre 1952, 1445-1460.

- LAMAZE et VELLAY : Considérations sur l'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique (1.000 cas). Revue de la Nouvelle Médecine, N° 1 Juin 1953 , 71 - 77.

- LAMAZE, VELLAY, ANGELERGUES : Revue de la Nouvelle Médecine N° 3 Mai 1954, N° spécial : Accouchement sans douleur.

- LAMAZE et VELLAY : L'accouchement sans douleur. Revue de l'Infirmière et de l' Assistante Sociale, 3 N° 8 Octobre I953.

- LAMAZE, VELLAY, HERSILIE, ANGELERGUES et BOURREL : Expérience pratiquée à la Maternité du Centre Pierre Rouques sur la méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie. Acad. de Méd. 26 Janvier I954.

- LANGEVIN -DROGUET : Préparation physique et psychologique à l'accouchement. Maternité, III, 3 Mars I954.

- LANTUEJOUL : A propos de l'accouchement sans douleur. Acad. de Méd. I2 Mai I953, Bull. Acad. Méd. I37, N° I7 - I8.

- LANTUEJOUL, MERGER : Douleur de l'accouchement et sa psychoprophylaxie. Semaine des Hopitaux, 30 Mai I954.

- LA RAISON : N° 4 et N° 8 : Cycles de cours sur les travaux de I.P. PAVLOV.

- LARRIBERE : Premières observations d'accouchement sans douleur. Bull. Féd. Gyn. Obst. Langue Française, VI, I, I954.

- LE PAGE, LANGEVIN-DROGUET : A propos de la préparation psychique et physique de la femme à l'accouchement. Presse Médicale N° 27, I6 Avril I955.

- NICOLAIEV : Le mécanisme de l'accouchement suivant les conceptions de Pavlov. J. d'activité nerveuse supérieure. Moscou I95I. (voir. Bull. Gyn. Obst. Langue Française, I952, IOI8).

- NICOLAIEV : L'analgésie obstétricale. J. d'activité nerveuse sup. Moscou I95I. (voir : Bull. Gyn. Obst. Langue Française I952, I020).

- NICOLAIEV : La psychoprophylaxie de la douleur de l'accouchement. Revue de la Nouvelle Médecine, Juin I953.

- NICOLAIEV : La théorie de Pavlov sur l'A.N.S. base scientifique pour résoudre les tâches pratiques en obstétrique et en gynécologie. Cahiers de Méd. Soviétique, N° 2, Juillet I953.

- NICOLAIEV : La méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur. Premiers principes de théorie et de pratique. Journées Médicales Niçoises - Octobre I953, dans la Gazette des Hopitaux Mars I954.

- RAVINA, DEVRAIGNE, TSOULADZE, COENCA : Psychoprophylaxie de la douleur de l'accouchement. Semaine des Hopitaux, 30 Mai 1954.

- VAUDESCAL : L'accouchement sans douleur : L'hopital. Décembre 1953.

-:-:-:-:-:-:-:-:-